

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

105

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Avram AVRAM

Né à Jassy (Roumanie), le 15 septembre 1902

LES OPÉRATIONS DE PORTES

A LA

MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

(1924-1929)

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

100

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Avram AVRAM

Né à Jassy (Roumanie), le 15 septembre 1902

LES OPÉRATIONS DE PORTES

A LA

MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

(1924-1929)

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LES PROFESSEURS

MM

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophthalmologique	TERRIEN.
Clinique arologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physiologie.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expériment¹⁰
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LIHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie
 VERNE. Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physiologie.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-JAYASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Charge du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1998, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE LÉON

AUX MIENS

A MES COUSINS BROWN

A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu présider cette
thèse. En témoignage de ma res-
pectueuse et profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré ce travail.
Hommage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A MES MAITRES

A M. MAYER

Interne des hôpitaux

LES OPÉRATIONS DE PORTES

A LA

MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

(1924-1929)

INTRODUCTION

Au cours d'une année passée à l'hôpital Lariboisière dans le service de notre maître, M. le docteur Devraigne, nous avons été frappés par l'activité singulière régnant dans cette maternité de dimensions relativement peu étendues, et non seulement par le nombre des accouchements journaliers et annuels mais également par la variété des anomalies obstétricales de toute sorte qu'on était à même d'y observer, tant dans leur évolution que dans leur traitement.

Parmi toutes les dystocies que nous avons pu étudier avec fruit à ce moment, et les méthodes thérapeutiques mises en œuvre, l'une de ces dernières nous avait déjà frappés alors ; il s'agissait d'une opération de Portes : césarienne conservatrice suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Au faite de nos études médicales, nous rappelant avec reconnaissance la confiance que nous avait

toujours marquée M. le Docteur Devraigne, nous sommes venus lui demander de nous inspirer le sujet d'un travail.

Le hasard nous ayant mis à nouveau en présence de deux femmes ayant subi récemment l'opération de Portes, M. Devraigne a bien voulu nous confier l'historique et la statistique des opérations de Portes à la maternité de l'hôpital Lariboisière.

Tel est l'objet du travail que nous proposons.

Au début de cette thèse, nous tenons à adresser à notre Maître l'expression de notre reconnaissance sincère et respectueuse pour la bonté avec laquelle il nous a prodigué son enseignement chaque jour pendant notre stage dans son service, et l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en nous dirigeant de ses précieux conseils pour l'établissement de ce travail.

PRÉAMBULE

En relevant les opérations pratiquées à la maternité de l'hôpital Lariboisière depuis la prise de possession du service par M. le docteur Devraigne (en 1924) nous avons seulement retrouvé 7 interventions de Portes.

Nous en ajoutons du reste une 8^e qui est la première en date et qui a été pratiquée dans ce même service alors qu'il était encore sous la direction de M. le docteur Demelin.

Il s'agit de l'intervention princeps telle qu'elle a été pratiquée par M. le docteur Portes appelé d'urgence auprès d'une malade du service, et que les circonstances ont amené, comme nous allons le voir ultérieurement, à instituer d'une façon originale les temps de l'intervention qui nous intéresse.

Nos recherches ont porté sur une période de plus de quatre années. Pendant ces 4 années, la maternité de Lariboisière avait été le siège d'un grand nombre d'accouchements : 9.741, sans compter ceux faits chez des sages-femmes agréées. Pendant cette même période, il avait été pratiqué un certain nombre d'opérations césariennes dont le total dépassait largement 100, ainsi que l'établit le tableau suivant :

Années	Nombre des accouche- ments	Césariennes hautes		Césa- riennes basses	Opérations de Portes
		conservatrice	mutilatrice		
1923-1924...	1.780	18	»	»	2
1925.....	1.981	22	»	10	»
1926.....	1.916	12	1	9	2
1927.....	2.072	17	»	10	1
1928-1929...	1.992	10	1	»	3
Totaux...	9.741	79	2	29	8

Une telle disproportion entre le nombre considérable des accouchements réalisés à la maternité de Lariboisière et la rareté des opérations de Portes dans le même service et dans le même temps, montre bien qu'il s'agit là d'une technique qui est véritablement une technique d'exception.

La même constatation s'impose si l'on considère pendant le même temps, le nombre des opérations césariennes classiques ou supra-symphysaires, et qu'on le compare au nombre des opérations de Portes. Il ne s'agit à vrai dire pas d'établir une échelle de fréquence ou d'utilité plus ou moins grande ; il ne s'agit pas non plus de savoir si l'opération de Portes doit avoir la préséance sur telle ou telle intervention, ou doit au contraire céder le pas, et même pour certains auteurs, être bannie. Ainsi posée, la question est mal posée. Il faut voir dans l'opération de Portes, une intervention qui permet d'extraire vivant l'enfant d'une femme dont les voies naturelles n'en permettent pas l'extraction pour une raison ou une autre et qu'une autre intervention mettrait en danger. C'est une césarienne — non seulement conser-

vatrice — mais conservatrice chez une femme en danger mortel et qui, plus est, permet d'espérer un fonctionnement ultérieur du système génital.

Du reste, au moment où l'opération de Portes a été pour la première fois mise en œuvre, le problème ne se posait pas de la même façon qu'aujourd'hui. A ce moment l'accoucheur n'était en possession, comme moyens d'extraction par voie haute, que de la césarienne classique corporéale.

Celle-ci, excellente dans les cas purs, c'est-à-dire à la fin de grossesse ou tout à fait au début du travail, donne alors des résultats remarquables puisque la mortalité est de 2 à 3 % ; pas supérieure à celle d'une intervention chirurgicale quelconque l'ablation des kystes de l'ovaire par exemple.

Par contre, dans les cas impurs, c'est-à-dire chez les femmes dont le travail est commencé depuis un certain temps, et même très peu de temps, la température étant légèrement élevée avant l'opération, les membranes étant rompues, la césarienne devient alors beaucoup moins recommandable, puisque la mortalité va de 10 à 12 % pour certains auteurs, jusqu'à 27 et 30 % pour d'autres.

Aussi, Bar dans les discussions relatives à la césarienne était-il arrivé à dire « on ne doit opérer que les cas purs, quand on opère les cas impurs on expose la vie de la femme ». Dans ces conditions, il ne restait alors comme porte d'issue qu'une césarienne mutilatrice, seule chance de salut pour la femme. Encore sait-on que le pronostic vital des

césariennes mutilatrices suivies d'hystérectomie n'est-il pas très favorable.

C'est dans ces circonstances que M. le docteur Portes est venu proposer une opération qui, chez une femme fortement infectée, permettait : 1^o d'extraire l'enfant vivant ; 2^o d'éviter les risques d'infection secondaires à une césarienne avec réintroduction ; 3^o de lui conserver, une fois le danger initial passé, un système génital susceptible d'être réintégré dans la cavité péritonéale et capable théoriquement de fonctionner à nouveau et de donner des enfants à la femme.

Cette dernière hypothèse n'est du reste pas restée du domaine de la théorie ; comme nous le verrons, il a été donné à plusieurs reprises d'observer des grossesses itératives normales chez des femmes ayant subi antérieurement une opération de Portes.

Tous ces faits montrent l'importance et la richesse du *procédé* qu'introduisait M. Portes dans l'arsenal de la thérapeutique obstétricale.

Depuis, un fait nouveau est venu modifier grandement l'importance relative de l'opération de Portes.

L'introduction, dès 1924, en France, par MM. Schikelé et Brindeau de la césarienne basse supra-symphysaire a complètement transformé la question de la césarienne. Grâce à cette intervention, en effet, il était dès lors permis d'intervenir d'une façon beaucoup plus tardive alors que le travail était déjà commencé et même largement commencé. La césarienne basse étant une intervention

sous-péritonéale, pratiquée sur un utérus dont le col est déjà largement ouvert, constituant ainsi une excellente voie de drainage, expose en effet beaucoup moins la femme au danger d'infection locale ou générale et permet d'extraire un enfant vivant aux moindres risques pour la malade.

De tels avantages semblaient supprimer tout ce que venait d'apporter l'opération de Portes, permettant d'obtenir les mêmes résultats sans entraîner pour la malade le désagrément d'importance d'avoir une masse cruentée persistante sur la paroi abdominale et de se trouver dans la nécessité de subir une deuxième intervention chirurgicale.

Encore une fois la question était mal posée : il ne s'agissait pas d'opposer ces deux méthodes, et s'il est vrai que l'institution de la césarienne basse avait beaucoup diminué les indications de l'opération de Portes, elle ne les avait cependant pas supprimées.

Il est des cas, il reste des cas, où la césarienne basse elle-même est insuffisante et dangereuse pour la malade et c'est dans ces circonstances que doit se poser l'opportunité de l'opération de Portes. Les indications de celle-ci sont à vrai dire rares, elles sont surtout extrêmement difficiles à établir, et la question se pose toujours devant une femme en danger chez laquelle on hésite entre une intervention mutilatrice ou une intervention conservatrice.

Heureusement, l'organisation actuelle et l'instruction générale du public et du corps des sage-

femmes, font que de moins en moins, on se trouve, du moins dans les hôpitaux de Paris, en présence de ces cas compliqués, longtemps négligés, qui placent le médecin devant un dilemme aussi redoutable pour la femme.

En effet, si nous nous reportons à la statistique de la maternité de l'hôpital de Lariboisière de 9.741 accouchements, échelonnés pendant les 4 années qui nous intéressent, nous ne relevons qu'un nombre relativement peu important d'interventions césariennes : III. Ce chiffre correspondant du reste à peu près à la fréquence habituelle des interventions césariennes. Il est juste de dire que ce pourcentage (10 p. 1000) ira vraisemblablement en diminuant étant donné que l'un des avantages — et non le moindre — de la césarienne basse, est précisément de permettre une épreuve du travail prolongée poussée jusqu'à un point extrême ; ce qui, dans de nombreux cas, permet d'éviter une intervention, l'enfant arrivant à passer naturellement par la filière pelvienne.

Si alors, on compare, au total des accouchements, le nombre des interventions de Portes, on arrive à obtenir un pourcentage minime de l'ordre de 0,7 p. 1000. Cette rareté est une preuve même de la difficulté que comporte la pose d'indications d'une telle intervention. Aussi, dans un total d'accouchements aussi impressionnant, la trouvaille de 6 interventions de Portes doit nous être précieuse en enseignements, chacune d'elles ayant été indiquée et prati-

quée dans des circonstances tout à fait exceptionnelles et dignes du plus haut intérêt.

Nous allons examiner dans un premier chapitre les observations que nous avons pu recueillir dans les archives du service de M. le docteur Devraigne, en les envisageant les unes après les autres dans tout leur détail.

Dans un deuxième chapitre, nous allons les reprendre une à une, envisageant chacun des points particuliers qui nous paraîtront dignes d'intérêt et tirer de leur ensemble un enseignement que nous pourrons largement utiliser dans notre pratique future.

CHAPITRE PREMIER

Relevé et exposé des observations de césariennes conservatrices avec extériorisations temporaires de l'utérus (opération de Portes) pratiquées dans le service de M. le Docteur Devraigne (Maternité de Lariboisière).

Les observations que nous avons recueillies dans les comptes rendus opératoires du service de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière sont au nombre de huit si l'on compte l'observation princeps relative à la femme opérée par M. Portes alors que le service était encore sous la direction du Docteur Demelin. Nous nous sommes efforcés de réunir pour chacun des cas un dossier complet tant en ce qui concerne le compte rendu que les suites opératoires. Il est malheureusement deux cas, pour lesquels nous n'avons pu recueillir aucun renseignement autre que les dates des interventions et de la sortie de chacune de ces deux malades qui ont l'une et l'autre quitté l'hôpital en parfaite santé. Désirant établir une statistique exacte des opérations de Portes à l'hôpital Lariboisière nous avons malgré l'insuffisance des comptes rendus joint ces deux observations à notre dossier.

OBSERVATION I

L'observation que nous rapportons en tête de la série que nous présentons ici, est des plus importantes. Elle a trait à la femme sur laquelle a été pratiquée pour la première fois, l'opération de Portes.

Cet événement s'est passé à la maternité de Lariboisière en décembre 1923, alors que le service était encore dirigé par M. le Docteur Demelin.

Malgré le fait que dans notre travail nous ne nous attachions à rapporter que les opérations de Portes pratiquées depuis la prise du service par M. le Docteur Devraigne, nous considérons cette observation princeps comme tellement importante que nous tenons à la faire figurer dans notre étude.

Du reste, survenue dans la même maison hospitalière, cette intervention a été pratiquée très peu de temps avant que l'actuel chef de service prenne possession de la maternité.

Le 9 décembre 1923, entre à la maternité de Lariboisière Mme V... âgée de 21 ans en état de gestation pour la deuxième fois.

Les antécédents héréditaires et collatéraux, ne présentent rien de particulier.

Une première gestation survint en 1922 et se termina par l'accouchement d'un enfant vivant de 3.500 grammes.

La gestation actuelle, dont les dernières règles remontent au 16 mars 1923, fut normale, et la malade a été admise à la maternité à la suite d'une rupture prématurée des membranes survenues le 9 décembre à 5 heures.

L'examen à ce moment avait montré qu'il s'agissait d'une présentation céphalique fixée au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche, enfant vivant, col long dilatable, promontoire moyennement élevé accessible à 10,5, lignes innominées pouvant être suivies sur toute leur longueur ; température 36°5.

La femme entre en travail le 13 décembre à 6 heures. Pendant toute cette journée la tête reste élevée l'enfant souffre, les bruits du cœur sont rapides, soufflants, le liquide amniotique extrêmement teinté, la femme a une température de 38° avec 104 de pouls.

Le 14 décembre, M. Demelin constate que l'utérus se rétracte sur le fœtus, que le liquide amniotique dégage une odeur fétide. La tête n'est cependant pas engagée du tout, le col reste dilaté comme un franc, rempli par une volumineuse bosse séro-sanguine.

A 13 heures, l'état général de la femme s'est subitement aggravé. Température 38°2, mais pouls mal frappé à 160, irrégulier, visage grippé et vomissements répétés : « il devenait urgent d'évacuer l'utérus ».

M. Portes se trouvait donc amené à donner des soins à une malade : « ayant un bassin rétréci chez laquelle bien « que l'enfant fût encore vivant, se manifestaient des signes « nets d'infection intra-utérine. M. Demelin l'autorisa à pratiquer telle intervention qu'il jugerait opportune. Il décida « alors de pratiquer une hystérotomie sur l'utérus extériorisé après fermeture de la paroi abdominale afin d'être à « l'abri de toute infection péritonéale et de laisser l'utérus « hors de l'abdomen. Il pensait pouvoir facilement pratiquer l'hystérectomie secondaire suivant la technique de

« Porro, si l'état d'infection le nécessitait dans les jours suivants, où la réintégration secondaire de l'utérus dans l'abdomen si l'état de la malade s'améliorait.

« Il exécuta cette intervention aidé de M. Diamant Berger, interne de M. Demelin.

« Dans les jours suivants, il ne trouva pas dans l'état général de la malade l'indication de pratiquer l'hystérectomie secondaire. Par contre, il observa une désunion progressive de la suture utérine coïncidant avec des phénomènes de nécrose et d'infection locales. Quand après 20 jours d'extériorisation, l'état de la plaie utérine le permit, il pratiqua une suture secondaire de l'utérus. La réunion secondaire ainsi obtenue paraissant satisfaisante, il se crut autorisé, après avoir pris l'avis de M Couvelaire, à réintégrer l'utérus dans l'abdomen. Les suites de cette troisième intervention furent simples, et à la séance de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris du mois de mars 1924, il relatait cette observation.

« Tous les accoucheurs présents considérèrent cette méthode comme entièrement originale.

« A la suite de cette communication, les interventions de ce genre se multiplièrent.

« En avril 1924, M. Portes publiait dans *Gynécologie et Obstétrique* un mémoire basé sur l'étude de quatre cas personnels où il s'efforçait de préciser la technique de cette intervention et où il décrivait quelques particularités de ses suites opératoires immédiates ».

« M. Engelhard, dans sa thèse inaugurale sur les césariennes tardives, a fait allusion à une intervention analgogue qui aurait déjà été préconisée en 1910 par Gotts-

« chalk, mais que cet auteur n'aurait pas pratiquée. M. Zate s'est associé depuis à l'opinion de M. Engelhard quant à la priorité de cette intervention. Après avoir lu ces auteurs, nous nous sommes reportés aux indications bibliographiques qu'ils ont indiquées, et nous avons constaté que si effectivement Gottschalk, dont M. Portes ignore les travaux, a eu avant lui l'idée de cette intervention il ne semble pas l'avoir pratiquée ».

Tel est l'historique de cette intervention princeps, ainsi que la rapporte le Docteur Sureau dans sa thèse de 1927 sur *l'opération césariennesuivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus*. Du reste, l'étude des textes montre bien que le mérite de l'originalité la plus complète revient à M. Portes en ce qui concerne l'idée et la réalisation de cette intervention. C'est cette intervention réalisée dans les conditions même qu'a exposées M. le Docteur Portes qui a été pratiquée à plusieurs reprises à la Maternité de Lariboisière. Nous allons examiner les circonstances dans lesquelles M. Devraigne eut l'occasion dans son service de poser l'indication d'une telle intervention.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une femme de 24 ans, II-pare entrée à l'hôpital Lariboisière le 25 juillet 1924 et dont la première grossesse remonte à l'année 1923 : grossesse interrompue à 2 mois 1/2 par une fausse couche sur laquelle nous n'avons aucun renseignement.

On ne retrouve dans ses antécédents héréditaires et pathologiques rien qui soit digne d'être noté.

La grossesse actuelle a eu une évolution normale : la femme est actuellement à terme ; le travail a débuté dans la matinée du 25 juillet ; c'est alors que la femme est entrée à la Maternité de l'hôpital Lariboisière.

A son entrée on croit être en présence d'un siège : l'utérus est globuleux contracté, le col dilaté comme deux francs et à travers les membranes on sent la présentation qu'on pense être un siège. La femme perçoit les mouvements actifs du fœtus et les bruits du cœur sont bons bien frappés et réguliers.

A 19 h. 30 la sage-femme ne percevant plus les bruits du cœur, s'inquiète et appelle l'interne : celui-ci d'emblée trouve dans le vagin un membre supérieur prohibé. Remontant, il constate une présentation de l'épaule fortement engagée. Le col est complètement dilaté.

L'utérus est dur, contracté, retractor même ce qui rend le palper complètement impossible : on confirme l'absence de bruits fœtaux.

M. le Dr Guéniot, assistant au service est alors appelé : constatant la présentation d'épaule négligée avec enfant mort il se prépare à faire une embryotomie rachidienne. Pour cela il abaisse au dehors le membre supérieur pro-cident et place au-dessus du poignet un lac sur lequel il fait fortement tirer en bas et à droite afin de fixer le fœtus et d'abaisser le cou le plus possible de façon à pouvoir amorcer l'embryotomie.

Malgré les tractions exercées sur les lacs, on n'obtient aucune progression fœtale. Le fœtus est en effet haut placé, dans un utérus très fortement retractor qui ne laisse descendre la présentation en aucune manière.

Le cou ne peut être accroché solidement par la main : il est très peu accessible ; dans ces conditions l'utilisation des ciseaux de Dubois est jugée dangereuse car d'un maniement aveugle et incertain : on abandonne ce procédé.

M. le Dr Guéniot tente alors l'opération avec l'embryotome-guillotine de Tarnier : mais il ne parvient pas à engager le cou dans le crochet de l'appareil. En présence de ces vaines tentatives qui ne sauraient être poursuivies sans danger immédiat ou secondaire d'infection pour la malade, M. Guéniot décide de pratiquer l'opération césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus afin d'éviter de supprimer les organes génitaux de cette femme jeune sans enfant et désireuse d'en avoir.

Intervention. — Sans anesthésie chloroformique.

Extériorisation de l'utérus avant de l'inciser. Extraction d'une fille pesant 2.950 grammes, extraction du délivre, curage et iodage de la cavité utérine. Suture de la tranche utérine en 2 plans : un plan de points séparés à la voie prenant toute l'épaisseur musculaire et la muqueuse y compris ; deuxième plan superficiel en un surjet d'enfouissement au catgut prenant la séreuse et la surface de la musculieuse.

L'utérus avec ses annexes sont laissés hors de la cavité péritonéale ; derrière eux on suture complètement la paroi abdominale en deux plans : un surjet de catgut prenant la séreuse pariétale et le plan fibro-aponévrotique, un deuxième plan de crins sur les téguments.

En outre deux fils de soie prenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale sont placés juste au-dessus du pédicule de la masse utéro-annexielle.

Pansement de l'utérus et des annexes extériorisés avec des compresses stériles imbibées d'huile camphrée.

Dans la relation des suites opératoires rapportée par M. le Dr Guéniot à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique, il s'exprime de la façon suivante :

Les suites opératoires furent fébriles, mais sans aucun signe de réaction péritonéale et avec état général assez bon. L'écoulement lochial resta normal.

Localement, au premier renouvellement de pansement, le surlendemain de l'opération (27 juin) je notai une coloration d'un rouge vif des annexes, en particulier des ovaires et au deuxième pansement, 3 jours plus tard (30 juin) un peu de pus bleu.

Au troisième pansement, 2 juillet, la présence de pus bleu se confirme ; l'utérus qui avait gardé jusqu'alors un aspect normal, présente par places sur la surface des zones d'un exsudat blanchâtre et de plus, en un point de la partie inférieure de la ligne de suture utérine, un commencement d'escharification qui resta très limité et superficiel. Je substitue à l'huile camphrée la bouillie lactique (ferments lactiques mélangés à lactose stérilisée) pour les pansements qui deviennent quotidiens.

L'exsudat blanchâtre utérin a gagné en étendue le 3, pour disparaître en grande partie le 4 et tout à fait le 5 juillet, c'est-à-dire trois jours après son apparition, la surface de l'utérus est dès lors entièrement rouge.

La présence de pus bleu dans le pansement n'empêcha pas la plaie abdominale de se réunir, elle était cicatrisée lorsque j'enlevai les crins le 4 juillet. La plaie utérine se

réunit aussi d'elle-même et la petite eschare apparue à sa partie inférieure, ne nécessita pas plus tard, après son élimination, de suture secondaire, étant restée très superficielle.

Les annexes (trompes et ovaires) à partir du 3 juillet, furent turgescentes, augmentées de volume, et commencèrent à présenter des adhérences de chaque trompe à l'ovaire correspondant.

Le premier août, à mon retour de vacances, après 25 jours d'absence pendant lesquels mon interne a continué les pansements à la bouillie lactique, qu'il a toutefois espacés tous les 2 jours, j'apprends qu'il y a eu vers le 22 juillet pendant deux ou trois jours, un écoulement sanguin génital ayant le caractère de règles, et pendant lequel on vit l'utérus plus congestionné, et je trouve l'utérus ayant notablement régressé et diminué de volume, mais à surface rouge encore suppurante avec pus bleu, les annexes rouges, tuméfiées, la trompe et l'ovaire de chaque côté adhérents un peu. Je substitue à la bouillie lactique, le sérum artificiel pour les pansements, que je refais quotidien.

Les 2, 3 et 4 août, la suppuration diminue, l'utérus régresse de plus en plus et, comme attiré vers le ventre, s'enfonce de plus en plus rapidement dans la paroi abdominale, au point que dès le 4, son fond ne dépasse plus la surface de la peau.

Le 5 août je fais un cathétérisme des trompes : toutes deux sont perméables.

6, 7, 8 août. — Pansements à l'huile goménolée à 20 %.
Le 8, M. Portes voit l'opérée et estime, malgré le léger suintement qui existe encore et d'après son expérience per-

sonnelle d'un certain nombre de cas, que le moment de réintégrer l'utérus dans l'abdomen est arrivé.

Je pratique cette seconde opération le 9 août, donc le 45^e jour après la césarienne, avec son assistance. L'utérus à ce jour a complètement disparu au-dessous des téguments, au fond d'une sorte d'infundibulum pariétal, et n'est même plus visible ; seuls les annexes sont restées eux à l'extérieur maintenus par des adhérences. Je cathétérise les trompes, toutes deux perméables. J'incise la paroi abdominale au-dessus et à quelque distance de l'utérus, pour tomber autant que possible sur une séreuse libre d'adhérences puis l'incision est prolongée vers le bas jusqu'à la masse utéro annexielle adhérente à la paroi. Les annexes sont alors libérées de chaque côté de leurs adhérences à la paroi. L'utérus et les annexes libérés, ayant repris leur place dans le bassin, j'introduis un drain jusqu'au fond du Douglas, et en raison du suintement sanguin qui se fait à la surface de l'utérus à la suite des manipulations opératoires, je place deux mèches de gaze aseptique immédiatement contre la face postérieure de l'utérus et des annexes, et une troisième contre la face antérieure de l'utérus : drain et mèches sortent par l'extrémité inférieure de l'incision abdominale, que je suture en un seul plan de gros crins doubles.

Suites opératoires fébriles, sans aucun signe de réaction péritonéale, mais avec suppuration par le drain à partir du 3^e jour et pendant environ une semaine. Malgré celle-ci, qui motive chaque jour au pansement l'aspiration évacuatrice du pus par le drain, la plaie abdominale se réunit et lorsque j'enlève les crins le 16 août, elle est cicatrisée, à part quelques points de suppuration superficielle.

Le 22 août, pendant la nuit, écoulement de sang par les voies génitales, paraissant correspondre à de nouvelles règles ébauchées.

Le 24 août, l'opérée commence à se lever.

Le 11 et le 18 septembre, à deux examens gynécologiques par le palper et le toucher combinés, on constate que l'utérus est en attitude normale, de volume normal, non douloureux, et malgré la suppuration qui a suivi sa réintégration, il présente une mobilité absolument normale : on perçoit les annexes gauches légèrement augmentés de volume, non douloureux ; on ne perçoit rien à droite. La patiente qui se lève tous les jours, ne souffre pas.

OBSERVATION III

Mme N..., âgée de 26 ans. II-pare. Femme entrée le 2 février 1926 à la maternité de l'hôpital Lariboisière.

1^{re} intervention : césarienne suivie d'extériorisation. Opérateur M. Devraigne. Aucun incident.

2^e intervention : réintégration de l'utérus le 15 mars 1926. Opérateur : M. Portes.

Femme sortie de l'hôpital le 4 avril en état de parfaite santé.

Revue ultérieurement : reprise normale et indolore de la menstruation qui est parfaitement régulière.

OBSERVATION IV

Il s'agit d'une femme Mme L..., habitant Saint-Prix, âgée de 21 ans, I-pare qui entre à la maternité de l'hôpital Lariboisière dans les circonstances suivantes : sa grossesse ayant

été normale la femme a été prise à Saint-Prix où elle habite des premières douleurs du travail le 23 juin 1926 dans la nuit à 1 heure. Vue d'abord à 8 heures par un médecin, celui-ci revient à midi et rompt la poche des eaux : dès ce moment il tente une application de forceps sur les circonstances obstétricales de laquelle il a été impossible de recueillir de renseignements. Quoi qu'il en soit cette première tentative ayant échoué, le médecin convoque un confrère : sous anesthésie chloroformique on tente alors de nouvelles applications de forceps : toutes ces tentatives prolongées pendant une heure $1\frac{1}{4}$ sont infructueuses malgré des contractions utérines fréquentes, aussi vers 19 heures décident-ils après injection de 1 cm^3 de morphine l'envoi de la malade à Paris à la maternité de l'hôpital Lariboisière où elle arrive à 21 h. 15.

M. le Dr Guéniot assistant du service de M. le Dr Devraigne examine la malade à 23 heures ; il trouve un utérus globuleux et tendu. L'enfant est en présentation céphalique. La tête est haute débordant nettement l'arc antérieur de la symphyse pubienne. Au toucher la dilatation est presque complète ; la tête est cachée par une volumineuse bosse séro-sanguine qui est engagée et serrée dans le col. L'auscultation des bruits du cœur fœtal est positive. La femme est fatiguée, fébrile ($38^{\circ}6$) ; son pouls est accéléré (152 à la minute) et irrégulier.

Il est impossible à ce moment de déterminer par l'interrogatoire le moment de la rupture de la poche des eaux : en reconstituant l'horaire elle remonte certainement à plus de vingt-quatre heures. C'est dans ces conditions que M. Guéniot décide de pratiquer une opération de Portes.

Intervention. — Le 24 juin à 0 h. 15, anesthésie à l'éther.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. L'utérus ayant été extériorisé remplit l'ouverture de la paroi abdominale de telle sorte qu'il paraît impossible de fermer la paroi avant d'avoir vidé l'utérus de son contenu. On protège la cavité péritonéale par des champs tassés. Incision utérine médiane extraction d'un enfant de 4.470 grammes qui présente des battements cardiaques mais qu'on ne parvient pas à faire respirer ni à ranimer. On trouve du reste sur la région pariétale gauche du cou un large enfoncement, et du côté droit une crépitation signe d'une fracture probable plus discrète de ce côté également. L'enfant succombe un quart d'heure après l'expulsion. Extraction immédiate du délivre qui pèse 750 grammes.

Suture de la tranche utérine en 2 plans : un plan de points séparés très rapprochés à la soie ; surjet superficiel séro-musculaire au catgut après extirpation du délivre. Devant l'hémorragie assez abondante de la tranche et de la muqueuse utérine on fait une injection de 1 cm³ d'ergotine.

Changement de gants et de champs puis suture de la paroi abdominale derrière l'utérus qui est laissé extériorisé avec les annexes. La suture pariétale est faite en un seul plan au bronze. Pansement de la masse utéro-annexielle avec des compresses imbibées d'huile camphrée.

Suites opératoires :

24 juin. — T. à 37°8. Pouls à 144. On change le pansement complètement infiltré de sérosité sanglante. 20 gouttes d'adrénaline, 10 gouttes de digitaline.

25 juin. — Bon état général. Le pansement est refait :

L'utérus congestionné montre une teinte violacée livide. On imbibe les compresses de bouillon vaccin.

Dans les jours suivants la surface de l'utérus est recouverte d'un enduit épais blanchâtre pseudo-membraneux et suintant ; alors que la zone de suture de la tranche utérine est saillante foncée et prend une teinte noirâtre donnant un aspect d'eschare. Les annexes sont, comme l'utérus, turgescents violacés et comme étranglés : cependant la vérification de l'orifice pariétal montre la non striction du pédicule utéro-annexiel. Le suintement qui imbibe le pansement est toujours très considérable jaune brunâtre.

Les pansements au bouillon vaccin sont interrompus au bout de trois jours. Ils sont remplacés par de la bouillie lactique dont on continue l'emploi pendant tout le mois de juillet au cours des pansements quotidiens.

Le 1^{er} août, un peu plus de un mois après l'intervention, l'utérus a considérablement diminué de volume. On n'aperçoit plus que le fond utérin flanqué latéralement des deux annexes. L'aspect de l'ensemble est satisfaisant : rougeâtre non violacé sans dépoli. Les fausses membranes antérieurement observées se sont complètement éliminées. Il persiste une suppuration assez abondante provenant du sillon entre la masse utéro-annexielle et la brèche pariétale.

Pansements locaux au bouillon vaccin et injection de Propidon à deux reprises administrée à titre préventif avant l'intervention de réintégration.

Deuxième temps opératoire le 12 août par M. le Dr Guéniot : incision de la paroi abdominale sur la partie cicatrisée de l'incision. On tombe en péritoine libre, ce qui permet d'élargir vers le bas et de libérer au doigt les adhérences que

la masse utéro-annexielle avait contractées avec le péritoine pariétal. On respecte les adhérences de l'épiploon à la paroi qui constituent une sorte de cloisonnement isolant le petit bassin de la grande cavité péritonéale. Réintroduction aisée de l'utérus et des annexes dans la cavité pelvienne. On place deux mèches, une devant, une derrière l'utérus qui sortent toutes deux au-dessus du pubis. Fermeture de la paroi en un seul plan aux fils de bronzes.

Evolution favorable : bon état général, suintement abondant par les mèches, d'abord purulent pendant deux ou trois jours puis séreux et rosé. On retire le drainage. La cicatrisation se fait rapidement.

La malade a quitté l'hôpital le 5 septembre en parfait état de santé. Depuis elle a été examinée à plusieurs reprises par M. Guéniot. Les règles ont réapparu pour la première fois le 19 septembre puis sont revenues régulièrement comme avant l'intervention ; alors qu'avant sa grossesse, les règles étaient douloureuses, depuis réapparition, elles ne font plus du tout souffrir la femme qui en a manifesté son contentement à maintes reprises. Le femme âgée de 21 ans désire et espère ardemment une grossesse nouvelle.

OBSERVATION V

Intervention le 18 avril 1927 : césarienne suivie d'extériorisation pour dystocie par bassin rétréci chez une femme infectée.

Opérateur : Monsieur Delagenière.

1^o Intervention le 18 avril 1927 ;

2^o Intervention le 25 mai 1927.

Femme sortie de l'hôpital le 15 juin en parfaite santé.

OBSERVATION VI

Madame B..., entre dans le service le 16 mai 1928 à 19 heures.

37 ans, deuxième geste, dernières règles au début du mois d'août.

Cette femme a fait un premier accouchement en 1923, à Antony. L'accouchement paraît avoir été normal, mais le travail a été long et a duré trois jours. Fille vivante, dont le poids ne peut être précisé.

La deuxième grossesse actuelle a été suivie à Lariboisière et la malade revue plusieurs fois s'est présentée avec une grossesse normale.

Examinée pour la dernière fois le 28 mars, on avait constaté un fœtus en présentation céphalique le dos à gauche la tête non fixée. Les urines sont normales.

Le 26 avril l'état était stationnaire. A ce moment, l'examen de la femme montra l'existence d'un bassin rétréci.

Cette femme présente en effet des antécédents de petit rachitisme. Elle a fait ses premiers pas à 18 mois. Son enfance a été marquée par de l'anémie et quelques troubles de croissance dont on ne peut actuellement apprécier l'importance. Elle présente peu de déformation du squelette en général, mais toujours est-il que l'on peut suivre la face antérieure du sacrum sur toute sa hauteur, le promontoire est saillant à 10 cm. 4 du bord inférieur de la symphyse pubienne. Le doigt peut faire le tour entier du détroit supérieur. Le 16 mai la femme éprouve les premières douleurs et entre à la maternité de Lariboisière. Examinée à 16 heures on trouve : la

tête en bas appliquée au détroit supérieur et qui paraît volumineuse. Le dos est à gauche. Les bruits du cœur sont bons. Au toucher le col est effacé, dilaté comme un franc, les membranes sont rompues depuis 18 heures. Le liquide amniotique est normal. Le lendemain l'état est stationnaire : les douleurs de contractions utérines sont rares la tête toujours élevée. Au toucher, on trouve un col dilaté comme deux francs. La tête paraît en voie d'engagement et affleure le 2^e parallèle de Hodge.

On pratique alors un sondage vésical, une injection vaginale et comme l'utérus est contracturé on prescrit un centigramme de chlorhydrate de morphine de façon à éviter une souffrance fœtale trop prolongée.

A 12 heures, malgré des contractions utérines répétées et énergiques, on ne constate pas l'engagement céphalique sur lequel on avait précédemment cru pouvoir compter. L'utérus étant contracturé on pratique à nouveau une injection de 1 cmc. de morphine. A 15 heures la dilatation est entre 5 francs et petite paume. La tête est toujours au même point. L'utérus est en sablier. Les urines recueillies par sondage après toilette vulgaire, sont albumineuses.

A 17 heures, M. Devraigne, appelé auprès de la femme, constate que la tête ne déborde pas, elle paraît volumineuse et fait penser à la possibilité d'une hydrocéphalie. Mais les parietaux ne donnent pas une impression de ramollissement et les sutures paraissant normales, font éliminer ce diagnostic. Une partie de la tête, qui semble être la zone pariétale, affleure le deuxième parallèle de Hodge ; cependant l'engagement n'a pas plus de tendance à se faire qu'au cours des examens antérieurs.

M. Devraigne décide alors de pratiquer une symphyséotomie sous-cutanée à la Zarate sous anesthésie générale rapide au chloroforme.

On fait une incision à un centimètre du bord supérieur de la symphyse sur une longueur de 1 cm. environ. L'opération donne lieu à une petite hémorragie à jet continu réduite par une compression peu prolongée de la partie saignante.

A ce moment, l'utérus est nettement bilobé avec un anneau de rétraction situé à un travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. La partie inférieure est bombante.

Les contractions utérines disparaissent momentanément après l'opération, mais reprennent leur rythme régulier toutes les 6 minutes environ, vers 19 heures 15. Malgré les poussées utérines et l'élargissement du bassin la tête ne semble pas progresser plus qu'elle ne l'avait fait antérieurement.

A 20 heures, la dilatation atteignant à peine à petite paume.

A 23 heures, la tête reste encore au même niveau, les douleurs sont moins fréquentes. La température est à 38°4 le pouls est petit, rapide à 148. Respiration rapide, 28 à la minute. La femme paraît fatiguée. On administre 500 grammes de sérum glucosé intrarectal.

Le lendemain 18 mai à 8 heures. Aucun changement, malgré la symphyséotomie. Les bruits du cœur fœtal sont toujours bons.

A 12 heures, la situation restant la même, la température à 40°5. M. Devraigne décide d'intervenir.

Intervention. — A 12 heures 30. Césarienne Portes. L'intervention est pratiquée parce que, malgré la symphyséotomie antérieurement faite, on ne constate aucune progression de

la tête : cela malgré le fait que la femme a présenté depuis le moment de la symphyséotomie des douleurs utérines avec contractions qui auraient dû faire progresser la tête si l'obstacle pelvien avait été suffisamment atténué par l'effet de l'opération de Zarate.

D'autre part, l'intervention par voie haute semble d'autant plus indiquée, nécessaire, et même urgente, que dans les moments qui ont précédé, venait d'apparaître un signe d'une importance pronostique capitale : constitution d'un anneau de rétraction de Bandl à environ un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Anesthésie générale au chloroforme.

On pratique une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale sur une longueur de 15 à 16 cm. environ. Extériorisation de l'utérus. Au-dessus du pédicule utérin on referme la paroi en trois plans.

Incision de l'utérus sur la ligne médiane, de 12 à 15 cm. de long. Il s'écoule un liquide amniotique teinté et fétide. On extrait l'enfant par le siège, mais l'extraction de la tête est difficile, celle-ci se trouvant coincée au détroit supérieur. Enfant pesant 3.360 grammes, criant après 10 minutes de soins. Délivrance artificielle pesant 560 grammes.

On referme la paroi utérine, en deux plans, l'un profond musculaire au catgut à points séparés, et un plan superficiel d'enfouissement.

Au cours de l'opération, l'exploration de la face postérieure du pubis montre la présence d'une crête osseuse médiane saillante de 1/2 cm. environ.

On laisse l'utérus extériorisé, on fait un pansement avec des compresses largement imbibées d'huile goménolée.

Sérum glucosé 500 grammes, huile camphrée toutes les trois heures.

L'examen de la tête de l'enfant montre des déformations très marquées. De face on voit l'aplatissement de la moitié droite du crâne. La moitié gauche du crâne est très saillante. De profil, le côté gauche présente un aspect à peu près normal mais le côté droit porte une déformation qui rappelle celle des présentations du front.

Les suites opératoires immédiates sont normales. En particulier, dans les jours qui suivent, la malade ne présente aucun signe de réaction péritonéale. L'utérus extériorisé est pansé tous les jours au début, puis tous les deux jours à l'huile goménolée. L'utérus, d'abord très gros, suit en dehors de l'abdomen une involution à peu près normale. Les premiers jours, on note une coloration rouge vif des annexes qui sont turgescents.

Vers le huitième jour, apparition d'un léger exsudat blanchâtre sur la surface de l'utérus qui disparaît en 3 ou 4 jours sous l'influence de pansements à la bouillie lactique.

Les lochies sont normales.

Après un mois de pansements à l'huile goménolée l'utérus a fortement diminué de volume. Au niveau de son pédicule, il a contracté de nombreuses adhérences avec les lèvres de la plaie cutanée. Ces adhérences sont surtout marquées au niveau des annexes. L'utérus rétracté semble attirer vers la profondeur la paroi abdominale à laquelle il adhère et qui s'ombilique à son voisinage.

Six semaines environ après l'intervention, l'état général étant excellent, et l'état local de l'utérus et de la plaie abdominale ne faisant supposer aucun signe d'infection, on peut

procéder à la réintégration de l'utérus. Après celle-ci, l'état de la malade reste bon, tant au point de vue local que général, et la femme peut quitter le service, guérie.

OBSERVATION VII

Il s'agit d'une femme entrée à la maternité de l'hôpital Lariboisière le 6 octobre 1928 à 6 heures, Mme T... Germaine, âgée de 32 ans, III-pare. Ses deux grossesses antérieures ont été normales ; la première en 1920 s'est terminée par l'expulsion d'un enfant de 3.470 grammes, qui s'était présenté par le siège. La deuxième grossesse en 1921, suivie à Lariboisière, s'est terminée par l'expulsion d'un enfant de 3.950 grammes, il s'était présenté par le sommet.

La grossesse actuelle, qui est du même procréateur a eu une évolution normale, les dernières règles se sont terminées le 19 décembre 1927 et la malade a été suivie pendant sa gestation à l'hôpital Lariboisière. Elle est amenée à l'hôpital le 6 octobre à 6 heures dans les conditions suivantes : présentation céphalique, tête non engagée, mobile, élevée, ne reposant pas sur l'aire du détroit supérieur ; le dos est à droite, l'enfant vivant, le col est au début de dilatation (un franc), les membranes sont intactes, le bassin est normal. L'auscultation des bruits fœtaux est positive. L'exploration du bassin montre que celui-ci paraît normal. C'est dans ces conditions que la malade entre à la salle de travail à 16 heures. Dès ce moment, un doute est cependant émis sur la présentation et l'on note dans l'observation « présentation élevée, siège ». Pendant toute la nuit, l'évolution ne progresse en aucune manière, les douleurs se répètent mais peu

fréquentes et peu intenses, et la présentation ne semble pas descendre.

Le 7 octobre à 3 heures, la femme est à dilatation complète, la poche des eaux est saillante, tendue, et en dehors des contractions, permet de sentir le pôle qui se présente, il s'agit d'un siège décomplété, mode des fesses, appliqué au détroit supérieur mais non engagé, ni en voie d'engagement. Il est en sacrée gauche postérieure. L'utérus est volumineux, tendu, allant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Devant la non progression et l'état de dilatation du col, on procède à la rupture artificielle de la poche des eaux.

L'état se prolonge sans modification jusqu'au milieu de la même journée. La seule modification qui survienne est l'apparition de température (38,3).

Dans la soirée, l'examen à 18 h. 35 montre que l'engagement est réalisé et que le siège descend dans l'excavation pelvienne. La femme présente toujours de la température mais le fœtus semble ne pas souffrir, les bruits du cœur sont bons, bien frappés et réguliers.

Le 8 octobre dans la matinée, l'état reste le même malgré un engagement profond du siège et de bonnes contractions utérines, la progression du fœtus ne s'effectue en aucune manière. Examinée alors par M. Devraigne, la femme est fatiguée, fébrile, avec un pouls à 100, se présente dans les conditions suivantes : l'utérus gros et tendu, tête sous l'appendice xyphoïde, cela malgré que le siège soit déjà à la vulve. La tête paraît d'autre part grosse, il n'y a pas d'excès de liquide il s'agit par conséquent d'un enfant gros, dont la progression ne se fait pas chez une femme en début d'infection.

En poursuivant la tentative d'extraction par voies naturelles, on pourrait à la rigueur extraire un enfant vivant mais extraction de la tête dernière semble devoir offrir de grosses difficultés peut-être nécessiterait-elle une opération de gigli, et encore ne serait-on pas assuré du passage. On est en effet impressionné par le volume de la tête au point qu'on a pu penser une seconde à une hydro-céphalie possible.

Devant cet ensemble de circonstances et la femme désirant son enfant vivant, mais avec le minimum de risque pour elle, M. Devraigne conseille de faire l'opération de Portes.

Opération 8 octobre à 22 heures (M. Arviset). A ce moment la malade a perdu les eaux depuis plus de 43 heures. Sa température est de 38°3. Elle est considérablement fatiguée. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie sous-ombilicale, ouverture de l'utérus sans extériorisation. Extraction difficile d'une tête un peu volumineuse, le liquide amniotique est légèrement fétide avec des glaires purulentes. L'utérus est secondairement seulement extériorisé de la cavité péritonéale, on désinfecte la cavité utérine à l'éther et à la teinture d'iode, suture du muscle utérin en un plan par points séparés à la soie, et un surjet de recouvrement au catgut. L'utérus est extériorisé à la paroi, celle-ci est fermée par derrière au catgut. On recouvre d'un pansement à l'huile camphrée.

L'enfant extrait a été ranimé après quelques minutes de soin. Il avait la tête inclinée latéralement sur l'épaule droite au point que son acromion a déterminé, par la compression prolongée qu'il a exercée, une paralysie faciale. C'est cette position spéciale de la tête qui explique l'apparence de volume exagéré qu'elle avait offert à la palpation du corps utérin avant l'intervention.

Il s'agit du reste d'un gros enfant, 4.370 gr. malgré que le diamètre bi-pariétal de la tête n'excède pas 9 cmc. 3. Le placenta pèse 670 grammes.

Suites opératoires. — Après l'opération, on pratique une injection de 20 cmc. de sérum anti-gangréneux et de 20 cmc. de sérum anti-streptococcique. Les jours suivants, on administre alternativement des injections sous-cutanées d'opso-lysine et de pyoformine. Les pansements de la masse utérine sont faits pendant quelques jours avec des bouillons-vaccins, puis avec de la bouillie lactique. Dans les jours qui suivent l'intervention, apparaît tout le long de la ligne de suture une zone sphacélique noirâtre saillante, qui ne tarde pas à s'isoler, puis à constituer une eschare. Celle-ci tombe mettant ainsi à nu la cavité utérine qui est directement en rapport avec l'extérieur. En même temps, se produit une désunion de la paroi abdominale qui est immédiatement consécutive à l'enlèvement des points cutanés au 10^e jour après l'intervention. Cette désunion pariétale montre un fond bourgeonnant qui en un point, immédiatement au-dessus de la masse utérine, s'écarte pour déterminer une brèche par laquelle font issue des anses intestinales. Grâce à une compression abdominale forte, des adhérences se contractent entre les anses intestinales d'une part, la paroi musculaire et utérine d'autre part.

Dans les semaines qui suivent, les suites opératoires sont encore compliquées par l'apparition d'accidents septiques redoutables : pyurie, pyélonéphrite sévère, puis phlébite du membre inférieur gauche. Toutes les complications obligent à immobiliser la malade en lit Dupont avec le membre dans une gouttière.

Pendant l'immobilisation dont la nécessité se prolonge pendant 72 jours, la masse utérine s'est détergée, le sphacèle a disparu et la plaie déterminée par la chute de l'eschare semble s'être réunie spontanément.

La réintégration de l'utérus dans la cavité péritonéale est pratiquée ainsi 72 jours après la 1^{re} intervention par M. le Dr Portes. Incision en paroi abdominale saine au-dessus de la zone bourgeonnante non cicatrisée. Par l'écartement des lèvres de la plaie, on arrive à décoller l'anse intestinale qui adhère au péritoine pariétal antérieur d'une part, au fond de l'utérus d'autre part par en bas. On peut alors bien isoler la masse utéro-annexielle qui, par suite de la régression utérine, s'est rétractée sous les plans pariétaux. A ce moment, la plaie de désunion du tissu utérin qui semblait cicatrisée se désunit une seconde fois, et met à nu la muqueuse utérine. On pratique alors une suture secondaire de la plaie utérine après avivement du muscle par des points séparés au catgut. Les organes génitaux réintègrent très facilement la cavité pelvienne. Etant donné le suintement sanguin assez important on laisse un drain sus-pubien et on pratique une suture pariétale en trois plans.

Dans les suites opératoires, on note une suppuration autour du drain qui cède au bout de quelques jours malgré une fusée sous-cutanée assez importante.

Le malade se lève le 17 janvier 1929 et part le 24 février.

OBSERVATION VIII

Mme E... est admise à Lariboisière le 8 janvier 1929 à 17 h. 30 dans les conditions suivantes :

C'est une femme de 40 ans qui a eu 8 grossesses antérieures. Six enfants sont actuellement vivants et bien portants. La dernière grossesse a eu lieu en 1925, toujours les accouchements se sont bien passés, les enfants s'étant chaque fois présentés par le sommet.

Dans ses antécédents pathologiques on ne retrouve rien qui soit digne d'être noté.

Sa grossesse actuelle est la 9^e. Les dernières règles datent du 23 ou 26 mars 1928. Le procréateur qui est le même que pour la dernière grossesse, n'est pas celui des premières gestations.

L'évolution de la grossesse a été parfaitement normale à telle enseigne que la femme n'a pas consulté pendant toute sa durée ; sauf cependant au cours du 6^e mois de la grossesse pendant lequel la femme a présenté des douleurs dans le flanc gauche. Venue à la consultation de Lariboisière, on a constaté une grossesse avec présentation par le siège et on a pratiqué une version par manœuvres externes.

Ultérieurement, la femme est allée consulter pendant les deux derniers mois de sa grossesse un médecin de ville qui a constaté que l'enfant se présentait dès lors par le sommet, et en outre a noté la présence d'albumine dans les uriness (aucun régime ne lui fut cependant donné).

Le 4 janvier à 21 heures, c'est-à-dire presque deux jours avant l'entrée de la femme à l'hôpital, se produit la rupture de la poche des eaux qui est spontanée. La femme n'a éprouvé aucune douleur, mais a senti seulement l'issue d'une quantité importante de liquide. Cet écoulement, d'abord un peu glaireux, a persisté pendant toute la nuit du 4 au 5,

pendant la journée suivante et s'est prolongé pendant la nuit du 5 au 6.

C'est seulement le 6 janvier 1929 à 13 heures qu'ont apparu les premières douleurs. Dès lors, la malade pensant accoucher appelle une sage-femme. Celle-ci immédiatement fait le diagnostic d'une présentation anormale et engage impérieusement la malade à entrer à l'hôpital. Elle est amenée à Lariboisière à 17 h. 5.

Examen à l'entrée (17 h. 20). — La femme immédiatement examinée, est une femme fatiguée, présentant des stigmates alcooliques indubitables et en même temps des altérations dentaires et un strabisme sur l'origine desquels la lumière est à faire.

L'examen obstétrical montre une femme qui perd un liquide amniotique teinté et d'odeur forte.

Abdomen. — L'utérus est contracturé, tendu, hauteur utérine de 30 cm. La tension ne permet que difficilement de percevoir les parties fœtales. On sent cependant dans l'hypochondre un pôle résistant. La forme de l'utérus est globuleuse, mais régulière sans tendance à la biloculation.

Toucher. -- D'emblée, on arrive sur un membre supérieur qui est intra-vaginal : coude fléchi, main en arrière et à gauche avec paume regardant à droite. Bord cubital en avant. Il s'agit d'une présentation de l'épaule profondément engagée et négligée en dorso-antérieure gauche.

Le col est en dilatation complète. Les bruits du cœur de l'enfant sont perçus, ils sont réguliers mais assourdis aux environs de 140, la femme est fatiguée, son pouls est à 126, la température n'est cependant pas supérieure à 37°5.

Etant donné l'état de contracture de l'utérus et la souff-

france du fœtus, on injecte immédiatement un centigramme de morphine, après quoi, la palpation utérine est beaucoup plus facile.

On peut alors préciser la position fœtale :

Tête située nettement au-dessus de la symphyse pubienne, non appliquée au détroit supérieur, séparée du pubis par une zone de dépressibilité d'environ deux travers de doigt.

Au-dessus de la tête, le sillon cervical est trouvé à 14 cm. au-dessus de la symphyse. Le dos est en avant en obliquité vers l'hypochondre gauche. La tête est nettement perçue dans l'hypochondre droit.

Devant ce tableau, M. Mayer prévient M. le Dr Devraigne. Celui-ci, en possession de tous les éléments du diagnostic, et devant la résistance farouche de la femme à l'hypothèse d'une hystérectomie, décide de faire pratiquer une opération de Portes.

Intervention à 18 h. 15. — Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale allant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Extériorisation de l'utérus, fermeture immédiate de la paroi, à la partie supérieure avec du catgut n° 4, prenant péritoine et aponévrose (points très rapprochés), agrâfes sur la peau.

A la partie inférieure, la suture est faite en un plan total par des bronzes que l'on ferme d'emblée, mais on prend la précaution de laisser les trois bronzes inférieurs en fil d'attente.

L'incision césarienne est alors pratiquée, corporéale : muscle utérin très épais, tranche de section peu saignante.

Extraction d'un enfant du sexe féminin étonné, pesant

3.500 grammes, ayant un diamètre bipariétal de 9,6, et qui est facilement ramimé.

Extraction immédiate du placenta qui vient facilement, pèse 750 grammes, présentant par conséquent un excès de volume manifeste relativement au poids de l'enfant.

Iodage de la cavité utérine et de la tranche, fermeture en deux plans par des points de catgut n° 4, le tissu musculaire est de mauvaise qualité : de nombreux points déchirent. Le surjet de recouvrement est difficile, étant donnée la mauvaise qualité du tissu utérin, et la facilité avec laquelle il saigne. L'expression utérine fait sortir par le vagin une quantité peu importante de sang, les deux bronzes inférieurs sont laissés en fil d'attente, enveloppement de l'utérus avec des compresses imbibées d'huile goménolée, sérum physiologique 500 cm³, huile camphrée 10 cm³.

(Opérateur M. Mayer, aide M. Pellé).

Suites opératoires. — Pansements d'abord quotidiens. On entoure la masse utérine et annexielle de compresses qui sont largement imbibées d'huile goménolée, le pourtour étant nettoyé à l'éther.

Les premiers jours, on se sert pour diminuer les douleurs, d'huile cocaïnée au niveau de l'implantation de la masse dans la paroi.

La masse augmente d'abord de volume le premier jour, les trompes sont extrêmement turgescents. Un dépoli recouvre la face antérieure de l'utérus sur les côtés de la suture qui est saillante et grisâtre. On resserre les deux bronzes laissés en attente à mesure que le météorisme abdominal, d'une part, et la diminution de l'œdème utérin, d'autre part, le permettent.

Vers le 15^e jour, la zone noirâtre comprenant la cicatrice de suture et la région voisine, est le siège d'un écoulement abondant, puis d'un découlement. Il se produit un sphacèle de toute la partie supérieure de la suture mettant à nu une tranche utérine d'une couleur rouge ayant bel aspect, ne suintant pas.

Dans les jours suivants se produisent en même temps la fermeture progressive et spontanée de la brèche utérine et une diminution rapide de l'œdème portant sur la masse extériorisée. Celle-ci, qui avait au début le volume d'un melon, a, au bout de trois semaines, diminué au point d'avoir celui d'une grosse mandarine : par conséquent presque de volume d'un utérus normal.

L'aspect extérieur est parfait, rosé, luisant sans sphacèle. La paroi sus-jacente est d'aspect normal en état de cicatrisation parfaite. La réintroduction de l'utérus dans la cavité péritonéale a été seulement retardée par deux incidents successifs : 1^o apparition d'une grippe ; 2^o abcès de la cuisse consécutif à une injection d'huile camphrée.

On attend la cessation complète de toute suppuration de ce côté pour réintroduire l'utérus.

L'état général de la malade est parfait, elle est extrêmement satisfaite d'avoir conservé son utérus, et la deuxième intervention se présente dans les conditions les plus favorables et les plus simples.

CHAPITRE II

Interprétation des observations.

Observation n° 1. — La première des observations que nous rapportons, observation princeps relative à la femme opérée en 1923 par M. Portes dans le service de M. le Dr Demelin a fait l'objet de nombreux commentaires tant au cours des séances de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique que dans les nombreux travaux que cette intervention si originale a suscités (thèse du Dr Sureau de Paris, 1927 en particulier). Cette observation point de départ de toute la méthode ne semble pas appartenir à notre statistique et les nombreux articles et observations qu'elle a suggérés nous ont été d'une lecture et d'un enseignement très profitables.

Discussion de l'observation n° 2. — Dans l'observation n° 2 l'intervention de Portes a été réalisée sur une femme de 24 ans, dans des conditions tout à fait spéciales. Il s'agit d'une intervention chez une femme ayant une présentation de l'épaule négligée, infectée, et avec enfant mort. Comme nous l'avons vu, au moment de son entrée, l'enfant avait une épaule profondément engagée mais ne présentait

plus de mouvements ni de bruits du cœur. La dilatation du col était complète. Par contre, l'utérus était rétracté sur le fœtus, et le liquide méconial qui s'échappait peu abondant était extrêmement fétide, signe d'infection profonde parmi de nombreux autres.

Devant cet enfant mort, des tentatives d'extraction par les voies naturelles avaient été évidemment pratiquées. On avait tenté de faire une embryotomie rachidienne, mais la situation extrêmement élevée du cou de l'enfant, et d'autre part, la rétraction considérable du corps et même du col utérin, faisaient qu'il était pratiquement impossible de passer le crochet à embryotomie. La situation devenait alors singulièrement pressante. En attendant, on aurait peut-être pu permettre à l'utérus de se relâcher quelque peu, mais on aurait alors prolongé les chances d'infection utérine et on aurait pratiqué plus tardivement encore une embryotomie qui, déjà à ce moment là, n'était pas sans danger si l'on considère la présence du risque d'infection local et général après les interventions de ce genre.

Le problème se posait donc de la façon suivante : extraire l'enfant le plus rapidement possible, avec le minimum de risque vital pour la mère.

Une intervention mutilatrice a été évidemment envisagée, pouvant consister soit en une hystérectomie avec drainage vaginal ou sus-pubien, soit en une intervention de Porro qui offrait l'avantage d'être en même temps rapide, peu choquante, et

d'exposer au moindre risque d'infection locale ou générale.

En considérant qu'il s'agissait d'une femme jeune (24 ans) primipare, qui, au cours même de son interrogatoire manifestait le désir d'avoir ultérieurement des enfants vivants, on décida une intervention de Portes.

Celle-ci garantissait l'avenir au point de vue vital, offrant au point de vue immédiat le minimum de choc opératoire ; secondairement, n'exposant que très peu au risque d'infection. Du reste si ce risque se fût montré impérieux, il eut été des plus facile de pratiquer secondairement, par une intervention rapide, une hystérectomie secondaire. Cette intervention peut se faire même sans anesthésie au lit même de la malade dans des conditions opératoires d'une grande simplicité, soit par la technique classique de Poro (lien élastique et broche) soit après ligatures latérales sur les pédicules. La cicatrisation ultérieure du moignon se fait dans ces cas d'une façon très rapide par élimination d'eschares, suivant le type bien connu à l'époque où on faisait couramment l'amputation de Poro.

Tous ces dangers ayant été victorieusement évités malgré la singularité due à l'apparition de pus bleu, ce qui n'a en aucune manière retardé l'évolution, les organes se trouvèrent le 45^e jour dans un état tel que la réintégration de l'utérus et des annexes fut pratiquée alors.

Après guérison et cicatrisation complète, la malade

revenue consulter, on a pu pratiquer un examen gynécologique qui a fait constater un état presque normal du pelvis. La femme n'éprouvait aucune douleur, le col, le corps utérin et les annexes étaient perçus absolument normaux dans leur mobilité, dans leur situation, dans leur consistance et n'éveillant aucune douleur à la pression.

Il est permis de croire qu'une telle femme, jeune (24 ans) se trouve dans les conditions favorables pour être l'objet d'une nouvelle fécondation. Il ne s'agit du reste pas là d'un espoir théorique ; de nombreux cas de grossesse itératives chez les femmes ayant subi des opérations de Portes, ont été rapportés à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique. Les dernières en date de ces publications sont celles faites à la séance du 10 décembre 1928 par MM. Lévy-Solal et Laënnec, d'une part, et Séguy d'autre part. Dans les deux cas qu'ils rapportent, la césarienne avec extériorisation avait été pratiquée dans des conditions très défavorables chez des femmes fortement infectées. Elles avaient eu lieu, pour l'une 1 an et demi, pour la seconde, deux ans après l'accouchement actuel.

Le contrôle anatomique avait précisé, d'une part, l'état macroscopique parfait des organes génitaux de la femme, d'autre part, l'excellence des tissus de cicatrice qui, vérifiés histologiquement dans un cas, s'était montrée aussi favorable que s'il s'était agi d'une césarienne classique.

Il est donc permis d'espérer pour cette femme la

répétition d'une telle évolution. Du reste, ne serait-ce qu'au point de vue moral, la conservation des organes génitaux a été pour elle d'une importance très grande dans sa vie intime et fonctionnelle.

Discussion de l'observation IV. — Il s'agit dans cette observation d'une disproportion entre le volume de la tête fœtale et les diamètres utiles de bassin, disproportion qui, dans d'autres conditions, eût amené sans doute à faire pratiquer une césarienne corporéale ou une césarienne basse, mais qui, dans l'état où elle se trouvait au moment de l'arrivée à l'hôpital, semblait être une indication évidente à l'opération de Portes.

Les membranes sont rompues depuis plus de vingt-quatre heures. Malgré de fortes contractions utérines le travail n'avance pas, la tête reste haute, la bosse séro-sanguine est volumineuse, au point qu'elle gêne l'examen de la tête fœtale et du bassin osseux. L'enfant étant vivant, et l'attention du médecin traitant n'étant pas attirée sur un rétrécissement trop considérable du bassin, il était sans doute légitime de tenter d'abord une application de forceps. Mais celle-ci, essayée à plusieurs reprises par deux médecins, reste infructueuse. C'est dans ces conditions que la femme est amenée à l'hôpital, et examinée.

A ce moment, il ne pouvait sans doute être question de pratiquer une nouvelle application de forceps, qui, selon toutes, eût échoué comme les autres et qui eût encore traumatisé un enfant dont la viabilité

par ailleurs ne paraissait pas compromise. Une extraction par la voie abdominale s'imposait, restait à savoir laquelle.

Mais devant cette femme à l'état général mauvais, avec des membranes rompues depuis longtemps, et présentant des signes manifestes d'infection sérieuse (température à 38°6, pouls à 152 et irrégulier), la césarienne corporéale classique devait être nettement rejetée, et le choix ne pouvait se discuter qu'entre une césarienne mutilatrice, une césarienne basse ou une opération de Portes. La césarienne mutilatrice semblait aussi devoir être éliminée d'emblée, chez cette femme jeune, primipare, désirant avoir d'autres enfants, et dont la dystocie pouvait être attribuée, peut-être, au seul volume de l'enfant et n'engageait par conséquent en rien le pronostic de grossesses éventuelles ultérieures.

Le départ était cependant plus délicat à faire entre l'opportunité d'une césarienne basse, et celle d'une opération de Portes. Pourtant, si la césarienne basse, apparue dans la chirurgie obstétricale après l'opération de Portes, a considérablement rétréci le domaine de celle-ci, nous voyons là un cas où l'opération de Portes montre un de ses principaux avantages : celui précisément de permettre une épreuve du travail, poussée à ses plus extrêmes limites, ou du moins, de rester encore possible quand des circonstances matérielles ont retardé l'opération jusqu'au moment où toute autre intervention eût été contre-indiquée. D'autre part, relativement plus simple que

la césarienne basse et plus courte, nécessitant par conséquent une anesthésie générale de moins longue durée et moins shockante, elle semblait convenir particulièrement à ce cas de femme infectée, et surtout épuisée comme en témoignait l'extrême fréquence du pouls et son irrégularité.

De fait, l'évolution a justifié l'indication thérapeutique. Sans doute l'enfant a vite succombé, mais rien ne faisait prévoir l'existence de l'enforcement crânien qui compromettait le pronostic foetal. Mais les suites opératoires immédiates furent excellentes pour la mère : le cœur a admirablement supporté l'intervention ; l'infection est restée localisée, et, bien drainée hors de la cavité abdominale, a vite cédé aux pansements à la bouillie lactique.

Plus tard, l'involution utérine s'est faite normalement, l'utérus a été réintégré sans difficultés. La femme est sortie guérie ; les règles sont apparues normales, et non douloureuses, chez cette femme qui, avant sa grossesse, s'était toujours plainte de ses règles. On sait combien une telle éventualité si fréquente après les grossesses normales : le fait de le retrouver dans un cas de grossesse terminée par une opération de Portes nous prouve que l'extériorisation prolongée de l'appareil génital reste compatible avec un fonctionnement ultérieur parfait et mérite d'être souligné.

Discussion de l'opération VI. — Ainsi qu'en fait foi l'observation, il s'agissait dans ce cas d'une

femme relativement âgée, de 37 ans, et deuxième part, le premier accouchement remontant à plusieurs années. Cet accouchement avait duré 3 jours, s'était terminé par l'expulsion d'un enfant mort sur le poids duquel on n'a pu obtenir de renseignements.

Quoi qu'il en soit, cette femme, au moment de son entrée, avait perdu les eaux et se présentait avec des parties molles très résistantes, et d'autre part un bassin généralement rétréci sur l'identité duquel aucun doute ne paraît subsister.

Le lendemain de son entrée, 24 heures après la rupture de la poche des eaux, malgré des contractions utérines répétées et énergiques, on n'avait constaté aucune progression du fœtus, la tête de celui-ci restant nettement au-dessus du détroit supérieur. Dès ce moment-là, l'enfant était en état de souffrance à tel point que l'on était obligé d'injecter de la morphine.

Après une journée d'efforts, la souffrance de l'enfant ayant quelque peu diminué, la progression par contre ne s'effectuait en aucune manière. Au toucher M. Devraigne constatait que la tête fœtale était au niveau du 2^e parallèle de Hodge, mais elle ne le dépassait pas et n'avait aucune tendance à le franchir.

On se trouvait donc en présence d'une tête qui était légèrement trop grande pour passer dans la filière pelvienne, on avait l'impression qu'elle pourrait s'y engager à la faveur d'une légère augmentation de diamètre du bassin.

C'est dans ces conditions que M. Devraigne posa

l'indication d'une symphysectomie à la Zarate (symphysectomie sous-cutanée au bistouri sans section du ligament arqué sous-pubien).

On suit la malade pendant tout l'après-midi du 17 et pendant toute la matinée du 18 mai. Pendant ce temps, on ne constate aucun changement, la progression de la tête fœtale ne s'effectue pas malgré l'élargissement du détroit supérieur réalisé par le Zarate.

Il s'agit d'un obstacle plus important nécessitant une intervention plus radicale.

En effet, le bassin, par les voies naturelles, semble alors parfaitement impossible, mais il y a un enfant vivant qu'il s'agit d'extraire vivant, tout en ménageant l'état de la femme.

L'extraction par césarienne pouvait-elle encore être envisagée ? Il ne le semble pas. En effet, on se trouvait devant une femme ayant perdu les eaux depuis plus de 40 heures, dont le liquide amniotique fortement teinté et même fétide, dont la température (38,5), dont le pouls (plus de 100) semblait indiquer une infection ovulaire manifeste. Dans ces conditions, il ne pouvait pas être question d'une césarienne haute corporéale qui à coup sûr eut mis la femme en grand danger de septicémie et de péritonite. Quant à la césarienne basse, il est juste de dire que certains auteurs n'auraient pas reculé devant elle. Nous savons, en effet, combien certains obstétriciens repoussent loin les limites d'opérabilité pour la césarienne basse supra-symphysaire (Schikélé).

Nous ne pensons pas que la prudence permette de suivre ces auteurs aussi loin.

Aussi le problème semblait se présenter de la façon suivante : extraire vivant un enfin actuellement encore vivant, mais présentant déjà des signes de souffrance.

Faire cette extraction sans faire encourir à la mère de danger vital.

On aurait pu à vrai dire faire une extraction suivie d'une intervention radicale : hystérectomie, ou opération de Perro.

Mais cette femme tenait à conserver son utérus et d'autre part, espérait qu'à l'avenir elle pourrait peut-être avoir d'autres enfants et dans des circonstances plus aisées. C'est dans ces conditions que l'opération de Portes fut décidée et réalisée, on le voit, avec le plus grand souci.

Discussion de l'observation VII. — L'observation n° VII est relative à une opération de Portes réalisée pour difficulté d'expulsion d'un fœtus se présentant par le siège chez une femme fébrile et infectée.

Quand le problème de la décision opératoire à prendre s'est posé, la situation était la suivante : Femme relativement jeune, fatiguée, en travail depuis plus de trois jours, dont la poche des eaux avait été rompue depuis plus de trente-six heures et présentant des signes d'infection indubitable (t° au-dessus de 38°, pouls rapide, état général médiocre). L'en-

fant vivant offrait la présentation d'un siège profondément engagé dans l'excavation pelvienne mais qui ne progressait plus depuis plus de vingt-quatre heures malgré des contractions utérines répétées et des efforts énergiques de la parturiente.

De plus l'examen obstétrical donnait l'impression d'un gros enfant : la tête à l'épigastre paraissait tellement volumineuse qu'on avait pu un instant penser à l'existence d'une hydrocéphalie ; d'autre part alors que le siège était à la vulve même la tête restait fort élevée et la hauteur utérine considérable.

Dans de telles circonstances quels moyens thérapeutiques était-on en mesure d'utiliser pour extraire l'enfant vivant avec le minimum de risques pour la mère ?

L'idée d'une extraction par les voies naturelles fut naturellement la première discutée. On sait combien délicates peuvent être dans certains cas les expulsions des sièges et qu'elles difficultés il faut savoir prévoir surtout pour l'extraction de la tête dernière.

Il n'était dès lors plus possible de compter sur une expulsion spontanée du fœtus : malgré des contractions utérines répétées et énergiques, malgré les efforts combinés de la femme, les fesses n'avaient aucune tendance à s'engager dans l'orifice vulvaire. Cet état se prolongeait depuis plus de vingt-quatre heures : l'abstention devenait ainsi dangereuse d'autant plus que déjà se manifestaient des signes d'infection. Fallait-il tenter une grande extraction de siège : une telle manœuvre restait

possible mais non sans danger pour l'enfant. On risquait de provoquer ainsi des réflexes respiratoires précoces chez un enfant dont on n'était pas certain de pouvoir rapidement extraire la tête.

C'est en effet en ce qui concerne l'extraction de la tête dernière que le problème paraît de son côté le plus redoutable : il semblait qu'on avait affaire à une grosse tête et on n'avait aucune indication même aproximative sur les dimensions du bassin. Ne faudrait-il pas alors pratiquer une manœuvre de Braxton Hicks difficile ; peut-être même une opération de Gigli. Et encore même n'obtiendrait-on peut-être malgré toutes ces manœuvres qu'un passage de la tête à frottement dur. Dans ces conditions il était permis de penser que l'avenir de l'enfant extrait dans de telles conditions serait fort compromis et peu raisonnable de compter l'obtenir vivant.

Le danger de telle manœuvre ne serait pas seulement relatif à l'enfant mais encore faudrait-il réserver le pronostic maternel. Il s'agissait en effet d'une femme déjà en état d'infection : des manœuvres longues, pénibles attritionnantes tant pour la muqueuse utérine que pour le col et les parties molles augmenteraient encore les dangers et les proportions d'une infection déjà commençante, danger qu'il serait bien imprudent de faire courir à la femme pour avoir un enfant dont il y aurait peu de chance à espérer qu'il fût vivant.

Or la femme n'étant plus très jeune voulait fortement conserver son enfant, elle émettait d'autre part

le désir de ne pas encourir de danger excessif pour arriver à ce but. Dans ces conditions il fallait recourir à une extraction par voie haute.

En ce qui concerne l'extraction chirurgicale césarienne les médecins traitant devaient avoir en vue avant tout qu'il s'agissait d'une femme infectée, aussi la césarienne conservatrice était-elle impossible si l'on n'envisageait que la simple césarienne conservatrice sans plus.

En effet l'incision haute corporéale était à éliminer d'emblée sans nul contredit, étant donnée l'infection déjà avancée dans laquelle se trouvait la femme ; et même la césarienne basse suprasymphysaire sous péritonéale ne pouvait-elle être adoptée chez une malade dont la poche des eaux a été rompue depuis plus de quarante heures et dont la présentation a été exposée à des examens répétés et à des contacts douteux.

Malgré l'avis de certains auteurs qui poussent très loin les limites d'opérabilité pour la césarienne basse ; même envisagée avec un drainage consécutif. Cette césarienne sous-péritonéale ne restait pas sans dangers chez une telle femme fébrile et fatiguée.

Quant à pratiquer une incision césarienne suivie d'hystérectomie : césarienne mutilatrice il fallait s'efforcer de l'éviter et d'envisager tous les moyens obstétricaux et chirurgicaux qui permettraient à cette femme jeune de conserver ses organes génitaux.

On était ainsi amené à poser de la façon la plus légitime l'indication d'une opération de Portes.

L'exécution de l'intervention et l'évolution ultérieure se sont passés dans les conditions les plus favorables. Il fut fait usage chez cette femme pour imbiber les pansements de la masse utéro-annexielle de bouillon vaccin, il ne paraît pas que l'on ait recueilli de l'usage d'un tel produit un avantage quelconque. Cette méthode utilisée à d'autres reprises n'ayant jamais paru améliorer en quoi que ce soit l'évolution anatomique de lésions il semble plus avantageux de conserver la méthode classique des pansements, largement imbibés d'huile camphrée ou goménolée. La désunion observée au niveau de la suture de la tranche utérine n'est pas un fait qui doive étonner, comme nous le verrons plus loin c'est là une éventualité d'une grande fréquence : 47 % des cas d'après la thèse de Sureau. Comme cela est généralement prévu, la désunion a dû être l'objet d'une réparation chirurgicale secondaire. Quant aux complications septiques il ne faut pas leur attacher une valeur pronostique quelconque. Il est du reste difficile dans une telle infection *post-partum* et post-opératoire de faire la part qui revient à l'inoculation primitive ou à l'infection secondaire. S'il est vrai qu'une phlébite est apparue elle a été précédée d'une infection urinaire sévère de sorte qu'il est difficile pour ne pas dire impossible d'en rattacher l'étiologie à l'infection utérine ou à l'infection des voies urinaires ; même un examen microbiolo-

gique n'aurait pas donné la solution de ce problème.

Il importe du reste peu car ces infections quelque profondes elles aient été et tout en ayant allongé considérablement la durée de l'immobilisation n'en ont pas moins permis une guérison parfaite et ont tout au plus retardé la réintroduction des organes génitaux dans le pelvis.

Dans l'ensemble malgré les incidents successifs qui ont marqué les suites opératoires de cette intervention, le résultat définitif a été satisfaisant la femme ayant quitté l'hôpital Lariboisière avec son enfant vivant et en possession de ses organes génitaux en parfaite intégrité.

Discussion de l'observation VIII. — Dans le cas rapporté par l'observation VIII il s'agissait d'une indication d'urgence extrême : on était en présence d'une femme amenée avec une présentation de l'épaule négligée depuis 48 heures d'ouverture de la poche des eaux.

La présentation de l'épaule était manifeste, elle était négligée depuis longtemps — plus de deux jours — l'évolution ayant été en cela favorisée par le fait que la rupture de la poche des eaux s'était effectuée à bas bruit 45 heures avant l'entrée de la malade à l'hôpital et que les douleurs annonciatrices du début de travail qui avaient amené la femme à consulter, n'étaient apparues que depuis 2 ou 3 heures seulement.

Mais : les signes locaux (liquide amniotique extrêmement teinté et fétide) ;

Les signes fœtaux (bruits du cœur assourdis et réguliers, cessation des mouvements actifs) ;

Les signes généraux enfin (malade fatiguée, au pouls rapide) indiquaient qu'il n'y avait plus qu'une présentation de l'épaule négligée, mais déjà un début de souffrance fœtale et surtout de l'infection.

L'enfant étant d'autre part vivant, il n'était pas question d'une extraction brutale par voie basse.

Il s'agissait donc d'extraire le fœtus par voie haute. Etant donnés les signes indubitables d'infection commençante, l'opportunité d'une césarienne conservatrice haute ou basse devait être d'emblée et systématiquement bannie. Il ne restait donc en possession du chirurgien que les deux moyens suivants : césarienne mutilatrice, ou opération de Portes.

La césarienne mutilatrice aurait pu être très opportunément défendue.

On se trouvait en effet devant une femme IX-pare ayant conservé 6 enfants vivants, dont par conséquent il eut été parfaitement légitime de sacrifier l'utérus. En outre, il était à prévoir que chez une femme ayant eu 9 grossesses antérieures, la qualité du muscle utérin devait être plutôt mauvaise ; fait dont on pouvait penser que l'existence d'une présentation du siège avec version remarquablement facile, était déjà une confirmation. Cette probabilité a du reste été pleinement confirmée au cours de

l'intervention. Ainsi qu'en fait foi le compte rendu opératoire : l'opérateur a éprouvé les plus grosses difficultés au moment de la fermeture de la tranche utérine, et surtout lorsqu'il a voulu faire le sujet de recouvrement, le tissu musculaire lâchait en même temps que des hémorragies en nappes se produisaient à chaque point perforant.

On se rend compte combien l'objection représentée par la qualité du tissu utérin a une intervention conservatrice était légitime et constituait pour l'opérateur un obstacle redoutable en même temps qu'une cause de danger pour la femme.

Malgré cela, lorsqu'on a voulu proposer à la femme une intervention avec hystérectomie secondaire, elle s'y est opposée de la façon la plus formelle, préférant, disait-elle, « qu'on lui tue son enfant de façon à pouvoir conserver son utérus ». Dans cette éventualité, l'intervention de Portes restait seule à la disposition du chirurgien.

L'évolution a du reste été parfaitement favorable. L'enfant extrait a pu être ranimé très facilement. Notons à ce sujet que cet enfant est né en état extérieur parfait, rose, avec des réflexes excellents, sa respiration parfaitement régulière, son cœur régulier et bien frappé, mais en état de sommeil. Il faut en effet considérer que cet enfant avait pris une dose d'anesthésie importante, la femme ayant eu une injection de 1 cm³ de morphine et ayant sub une anesthésie chloroformée qui s'est prolongée

pendant plus de 45 minutes avant que l'extraction de l'enfant ait pu être réalisée.

Du reste, à l'air libre, l'influence des narcotiques n'a pas tardé à cesser. L'enfant est revenu à lui au bout de quelques minutes et a commencé alors à crier normalement.

En ce qui concerne les suites opératoires, le seul incident à noter concerne le sphacèle qui a emporté toute la zone de suture, mis à nu le muscle utérin et même une partie de la cavité utérine. Au moment où la cavité utérine était complètement ouverte il s'écoulait un liquide séro-sanguinolent et les médecins traitants se sont posés la question de l'opportunité d'une fermeture chirurgicale secondaire de la cavité utérine. Ils ont attendu, avant de se prononcer, la cessation de l'écoulement et du moins la diminution du degré d'infection de la tranche utérine, et de la surface de l'utérus, ainsi que de la paroi abdominale. En même temps que cette infection s'atténuait et que l'écoulement devenait de moins en moins purulent, on constatait d'une façon parallèle la diminution progressive du cratère qu'avait déterminé la chute du sphacèle si bien que, au bout de quelques jours, la muqueuse utérine n'était plus visible et la tranche du muscle utérin nettement moins épaisse. Au bout de 3 semaines, il était presque impossible de retrouver l'endroit où s'était antérieurement une brèche béante d'une telle importance.

Cette réparation spontanée n'est du reste pas un

cas qui nous est particulier. Dans sa thèse Sureau donne 47,5 % de désunions de sutures, désunions qu'il attribue à l'action de certains micro-organismes, même lorsqu'il n'y a pas eu de striction exagérée des fils. Il attire l'attention sur la nécessité qu'il y aurait à toujours suturer secondairement l'utérus lorsqu'une désunion s'est produite. Il s'exprime de la façon suivante : « C'est là une condition indispensable à une cicatrisation correcte.

« L'un des mérites de l'extériorisation est précisément de permettre cette réfection secondaire dans des conditions de grande simplicité.

« La technique de cette suture secondaire ne présente aucune particularité. Il est facile de réunir sans aucune anesthésie, les deux lèvres de la plaie au cours d'un pansement n'intéressant pas la muqueuse. Si cela paraît nécessaire, on peut, sans inconvénient, exciser au bistouri la partie la plus superficielle des deux tranches utérines désunies. Une semaine après cette réunion, on peut enlever les soies et quelques jours après réintégrer l'utérus dans le bassin si son aspect général le permet. »

Dans le cas qui nous intéresse, l'intention du chirurgien était de suivre les indications générales données par M. Surecu dans sa thèse et qui sont celles également préconisées par le Dr Portes : attitude du reste qu'il a empruntée en ce qui concerne une opération de Portes pratiquée à Lariboisière au cours de laquelle s'était produite une désunion et qu'il est venu lui-même suturer secondairement.

L'évolution spontanée de la désunion vers une cicatrisation spontanée a évité ce temps opératoire et mis la malade dans les conditions mêmes où l'aurait placée la suture secondaire de la brèche.

CONCLUSIONS

1. Pendant une période de plus de quatre années de 1924 à 1929, sur un total de 9.741 accouchements effectués à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière il a été pratiqué 7 fois l'opération de Portes césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus.

2. Les cas dans lesquels s'est posée l'indication de l'opération de Portes se répartissent comme suit :

2 présentations vicieuses négligées,

1 siège profondément engagé ne progressant pas,

4 bassins rétrécis.

Dans tous les cas on était en présence de femmes manifestement infectées porteuses d'enfant encore vivant sauf pour l'une d'elle. Toutes les interventions et suites opératoires se sont effectuées normalement sans incidents notables et les femmes ont quitté l'hôpital parfaitement guéries. Il ne nous a pas été donné d'observer de grossesses itératives.

L'opération de Portes s'est ainsi trouvée légitimement indiquée à la Maternité de l'hôpital Lariboisière dans des cas rares chez des femmes infectées dont la vie aurait été menacée par une intervention conservatrice et auxquelles l'opérateur a voulu éviter autant que faire se peut une mutilation définitive.

BIBLIOGRAPHIE

- Boquel.* — Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 1921 (Gynécologie et Obstétrique, 1921, t. IV)
In thèse Guillet. L'opération césarienne d'urgence
(Paris, 1903-1904, n° 339).
- Boudon.* — Etude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro. Thèse Paris, 1885, p. 66.
- Boufle de Saint-Blaise.* — Réflexions sur la Césarienne Portes dans une discussion sur les indications des pelvito-mies (Bulletin Société Obstétrique et Gynécologie de Paris, année 1924, p. 489).
- Brindeau.* — Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne (Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Paris, 1922, n° 2, p. 69).
- Charpentier.* — Statistiques d'opérations césariennes de Porro. Craniotomie, Céphalotripsie (Traité pratique d'accouchements, t. II, 1883).
- Couvelaire.* — Considération sur la technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode. Société Obstétrique de France, 1909 (Annales de Gynécologie et Obstétrique, 1909, p. 557).
- Introduction à la chirurgie utérine obstétricale (Paris, Steinheil, édit., 1913).
- Rapport sur la technique de l'opération césarienne conservatrice dans les viciations pelviennes (Société Obstétrique de Paris, 19 oct. 1909).
- Indications de la césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des bassins retrécis. Rapport au Congrès en 1921 (Gynécologie et Obstétrique, t. IV, n° 4, 1921, p. 512).

- A propos de la césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus (Société d'Obstétrique et de Gynécologie fév. 1925).
- Evolution normale d'une gestation chez une femme ayant subi une opération de Portes (Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, juillet 1926, p. 423).
- Traitement chirurgical des hémorragies utéro-placentaires (An. de Gynécologie et d'Obstétrique, 1911, t. VIII page 591-608).
- Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta (An. de Gynécologie et d'Obstétrique, 1912, t. IX, p. 539-558).

Couvellaire et Portes. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, nov. 1925, p. 647).

Demelin, Devraigne. — Traitements d'accouchements.

Demelin. — Manuel de l'accoucheur (Doin, éditeur, Paris, 1924)

Ecalle — Revue générale (Gazette des Hôpitaux, 10 sept. 1926).

- Revue générale (Gazette des Hôpitaux, 24 nov. 1926).

Engelhard. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive.
Thèse Paris, 1926.

Fesquet. — Contribution à l'étude de la césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus. Thèse Paris, 1927, Arnette, édit.

Florent. — Réflexion sur la césarienne Portes (Bulletin Gynécologique et Obstétrique de Paris, 1925, p. 615).

Guéniot (A.). — Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne. Thèse de Paris, 1866.

- De l'opération césarienne à Paris et des modifications qu'elle comporte. Paris, Delahaye, édit., 1870.

- Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, p. 723. 1 cas
d'opération de Portes pr. présentation vicieuse négligée.
- Mauriceau*. — Traité des maladies des femmes grosses. Paris,
1681.
- Maygrier*. — Etude sur l'opération de Porro. Thèse de Paris,
1880, p. 7.
- Portes*. — Césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus (Gyn.
et Obst., oct. 1924, p. 225).
- Vignes*. — Les risques de la césarienne pratiquée tardivement
au cours du travail (Presse médicale, 12 janv. 1927).
- Vignes et Dauphin*. — L'année obstétricale. Paris, 1926.
- Vince*. — De la conservation en gynécologie (Bulletin de la Soc.
belge de Gyn. et d'Obst., 1926, t. 11, n° 5, p. 151).
- Zarate*. — Césarienne tardive (Arch. d'Obst. et de Gyn.,
août 1914, p. 49).
- Congrès de Saint-Petersbourg, 1910 (In Gyn., févr. 1911).
- Congrès de Paris, 1925.
- Sureau*. — Opération césarienne suivie d'extériorisation temp.
de l'utérus. Thèse de Paris, 1927.
- Bar et Brindeau*. — La pratique de l'art de l'accouchement.
- Jeannin*. — Thérapeutique Obst.
- Schwaab et Mégrier*. — Traité d'accouchement.
- Clinique Tarnier. — Leçons du jeudi. Brindeau.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

